



TITLE:

若年者にみられた腸腰筋冷膿瘍

AUTHOR(S):

池田, 朋博; 大園, 誠一郎; 影林, 頼明; 細川, 幸成; 川上, 隆; 雄谷, 剛士; 植村, 天受; 平尾, 佳彦

---

CITATION:

池田, 朋博 ...[et al]. 若年者にみられた腸腰筋冷膿瘍. 泌尿器科紀要 2000, 46(9): 619-622

ISSUE DATE:

2000-09

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114364>

RIGHT:

## 若年者にみられた腸腰筋冷膿瘍

奈良県立医科大学泌尿器科学教室 (主任 : 平尾佳彦教授)

池田 朋博, 大園誠一郎, 影林 頼明, 細川 幸成

川上 隆, 雄谷 剛士, 植村 天受, 平尾 佳彦

A CASE OF PSOAS COLD ABSCESS IN A YOUNG  
TUBERCULOSIS PATIENTTomohiro IKEDA, Seiichiro OZONO, Yoriaki KAGEBAYASHI, Yukinari HOSOKAWA,  
Takashi KAWAKAMI, Takeshi OTANI, Hirotsugu UEMURA and Yoshihiko HIRAO

From the Department of Urology, Nara Medical University

A 28-year-old man was referred to our hospital with a complaint of painful induration of right epididymis accompanied with right back pain and persistent low-grade fever. He was finally diagnosed with tuberculosis by sputum culture. Abdominal computed tomography (CT) revealed right psoas abscess and vertebral caries. He underwent a percutaneous drainage of the abscess followed by multidrug (streptomycin, pyrazinamide, rifampicin, isoniazide) combination therapy. Immediately after the drainage, symptoms began to improve with these therapies. However, four months later, abdominal CT showed a worsening of the abscess.

Recently there is a stagnation in the decline of incidence of tuberculosis. It is still necessary to examine young people carefully bearing urogenital tuberculosis in mind. The pathogenesis and management of this rare condition are discussed.

(Acta Urol. Jpn. 46 : 619-622, 2000)

**Key words :** Tuberculosis of young people, Psoas cold abscess

## 緒 言

本邦において、結核症は、健診の普及と抗結核薬の発達により、その罹患率は低下し、結核に対する一般的な認識は低下している。しかし、近年その罹患率は、必ずしも減少傾向にあるとはいえず、食生活や生活習慣の変化により、若年者における結核症の増加が危惧されている<sup>1-3)</sup>

今回、初期診断時に肺結核、脊椎カリエス、右腸腰筋部冷膿瘍および右精巣上体炎を認め、治療に抵抗した若年者結核症の1例を経験したので報告する。

## 症 例

患者 : 28歳, 男性, 防虫剤工場工員

主訴 : 右陰嚢内有痛性腫瘍

家族歴 : 父, 肺結核

既往歴 : 特記すべきことなし

現病歴 : 1997年12月頃より右側背部痛が出現し、持続的に微熱を伴うも放置していた。1998年4月1日、右陰嚢内有痛性腫瘍を主訴に近医を受診し、右精巣上体炎の診断で入院した。入院時の腹部CTで右腸腰筋に膿瘍を指摘され、喀痰塗抹検査で抗酸菌 (Gaffky 3号) が検出され喀痰培養検査で結核菌陽性を示した

ため、同年5月11日、当科に紹介され、肺結核、右結核性精巣上体炎および右腸腰筋冷膿瘍の診断のもと、入院した。

入院時現症 : 身長 160 cm, 体重 51 kg, 体温 37.8°C, 脈拍66/分・整, 血圧 120/56 mmHg, 眼球眼瞼結膜に黄疸, 貧血を認めず 表在リンパ節を触知しなかった。右腰部叩打痛と右側精巣上体の有痛性腫脹を認めた。

入院時検査所見 : 喀痰塗抹検査で抗酸菌 (Gaffky 2号) が検出され、赤沈は1時間値 58 mm, 2時間値 78 mm と亢進し、CRP 7.7 mg/dl と陽性であった。また画像上、胸部レントゲン (Fig. 1) にて左胸水貯留と縦隔の右側偏位が認められた。点滴静注腎盂造影では、右の psoas line が不鮮明で、右腎上極の外側偏位が認められた。また CT 検査では右の腸腰筋が腫大し内部に 7×4 cm 大の造影されない low density mass を認め腸腰筋冷膿瘍と考えられた (Fig. 2)。さらに、同 CT にて第11, 12胸椎体の破壊像が認められ、単純 CT にて低濃度域、造影 CT にて壁の厚い多房性の嚢胞を認め脊椎カリエスと考えられた。

経過 : 入院時より、エタンブロール (EB), リファンピシン (RFP), イソニアジド (INH) の3剤併用療法を施行したが、38°C 以上の発熱が持続したため、

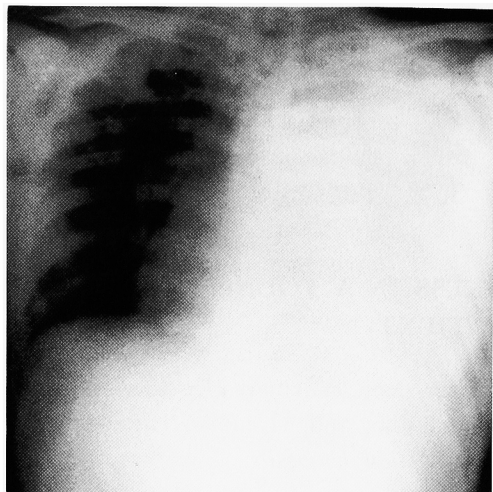
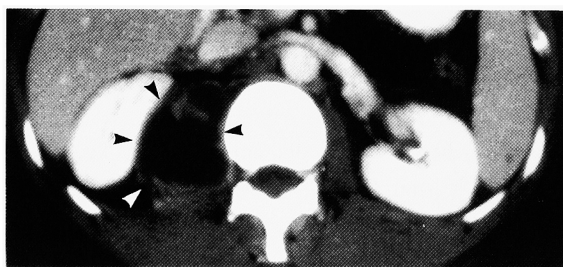


Fig. 1. Chest X-p shows the mediastinal malposition at the right side by the left pleural effusion storage.



(a)



(b)

Fig. 2. (a) Plain CT shows a low-density mass (arrows) approximately 7×4 cm in the lesion of the right psoas muscle. (b) Enhanced CT shows a mass (arrows) which is not enhanced.

6月初旬よりストレプトマイシン (SM), ピラジナミド (PZA), RFP, INH の4剤併用療法に変更した。6月14日に、右腸腰筋膿瘍に対し超音波ガイド下にて経皮的ドレナージを施行したところ6月下旬には、症状が著明に改善した。また、発熱も 37°C 前後になり、末血、生化学検査でも炎症所見は低下傾向を示し、CT 上も膿瘍の消失を認めたため、7月1日に一旦ドレナージチューブを抜去した。しかし8月下旬より右背部痛が再度出現し、右腸腰筋部の冷膿瘍の再発を認めたため10月26日再度ドレナージを施行し、また化学療法も継続した。1999年3月12日腹部 CT (Fig. 3)

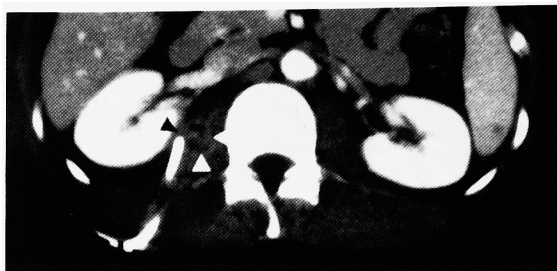


Fig. 3. Plain CT and enhanced CT show a reduced mass (arrows) by drainage.

にて右腸腰筋膿瘍の縮小、瘢痕化を認めたため3月15日ドレナージチューブを抜去した。その後も化学療法を継続し、再燃を認めなかったため5月31日退院した。以後、外来にて follow up 中である。

## 考 察

一般に、化膿菌に起因する膿瘍は、炎症によりその部位の温度が上昇しているため、熱性膿瘍といわれるが、結核菌に起因する膿瘍では、膿瘍内の血流や炎症症状が乏しく、温度が低いため冷膿瘍と呼ばれている。また、冷膿瘍内の乾酪巣が膿状となって周辺組織をつたい遠隔組織まで流動し、他の部位に形成された膿瘍を流注膿瘍という。自験例では、脊椎カリエスと、それよりの流注膿瘍と考えられる腸腰筋冷膿瘍を認めた。

前述のごとく、冷膿瘍は、炎症症状に乏しいため、発熱や腰痛のような自覚症状や血液検査における炎症所見が軽微であることが多く、診断時に、既に病状が進行している場合がある。自験例においても、結核症に起因すると考えられる微熱や背部痛といった軽微な症状は、近医受診の4カ月前より既に認められていたにもかかわらず、医療機関を受診せず、近医受診時には、肺結核症に加え脊椎カリエス、腸腰筋膿瘍、結核性精巣上体炎と結核症の広範な拡大を認めた。この受診の遅延は、先に記したように自覚症状が軽微であることに加え、患者の結核症に対する認識の低下がその一因であると考えられる。そこで、厚生省は、1999年7月に「結核緊急事態宣言」を発表し、国民への注意を喚起している。

腸腰筋冷膿瘍の診断には、CT が有用<sup>4)</sup>であり、患側腸腰筋の腫大ならびにその内部の低吸収領域などが特徴的所見である。また、確定診断には、膿汁の培養

検査に加えて、短時間に確実な菌種の同定が可能な PCR 法が実用化されている。PCR 法では、検体中に数個以上の菌が存在すれば陽性となり、数時間で測定可能である<sup>5)</sup>。しかし、死滅した結核菌の存在下においても陽性となるため、治療効果の評価の際には、不向きな場合もある。自験例では、喀痰塗抹検査で Gaffky 3 号を認め、喀痰培養検査で結核菌陽性を示し、肺結核症の確定診断を得た。また、CT 検査にて右腸腰筋に膿瘍を認め、ドレナージ施行時の膿汁より培養検査、PCR 法でともに結核菌陽性を示した。その後は、培養検査が、判定までに 1 カ月以上の時間を要すること、また PCR 法では、死滅結核菌の存在下においても陽性を示し、活動性の残存結核菌の有無を推定することが困難であったため、ドレナージチューブよりの排膿量の減少と CT による膿瘍の縮小をドレナージチューブ抜去の目安とした。

本症に対する治療は、ドレナージと抗結核薬投与が一般的である<sup>6,7)</sup>。ドレナージは、従来の外科的切開排膿法に代わり、エコーガイドの経皮的ドレナージが普及し<sup>8,9)</sup>、その効果が報告<sup>10)</sup>されている。しかし、同治療にても効果を認めない場合には、根治術の適応となる。自験例に対し、われわれも診断直後より抗結核薬投与ならびに右腸腰筋膿瘍への経皮的ドレナージを施行し、一旦症状の改善および膿瘍の消失を認めたが、ドレナージチューブ抜去後、再度右腸腰筋膿瘍が出現した。結核菌の薬剤耐性が認められていなかったにもかかわらず、膿瘍の再度の拡大が認められた原因として、腸腰筋膿瘍が脊椎カリエスよりの流注膿瘍であり、一旦消失した膿瘍部に再度、膿瘍が流注したこと、また膿瘍、脊椎カリエス部への薬剤移行が十分でなかったことなどが考えられる。結果的には、長期にわたる化学療法と再度のドレナージ施行により膿瘍は、縮小、癰瘍化し、以後の再発を認めていない。

わが国では、1910年代後半に結核蔓延のピークを迎え、第二次世界大戦の終わりに再度のピークを迎えた後、健診の普及や抗結核薬の発達に伴い結核症は急激に減少し<sup>11)</sup>、近年、結核に対する一般的な認識は低下している。しかし、発展途上国のような栄養摂取不良で衛生環境の粗悪な地域では、結核患者を多く認め、依然として重大な問題である。また本邦においても、罹患率は、先進国中最悪のクラスに位置するにもかかわらず、横這いの傾向を示し、1997年には罹患率が12.7と前年に比べ0.8ポイント上昇し、43年ぶりに増加に転じた。若年者の年齢層においても、15～19歳で横這い、20～29歳で0.1ポイントの増加を示し、必ずしも減少傾向にあるとはいえず、食生活や生活習慣の変化による若年者結核の増加が危惧されている<sup>1-3)</sup>。さらに、近年、初回治療開始時における抗結核薬の耐性菌、しかも多剤耐性菌の感染が問題となってい

る<sup>12,13)</sup>。治療開始時における耐性菌の増加に伴い、治療効果の悪化が認められたため、1996年より PZA が初回治療に加えられ、「短期化学療法による直接監視下治療 (Directly Observed Treatment, Short-course: DOTS)」と呼ばれる対結核治療が世界保健機構 (WHO) の指導の下で行われ、その治療効果が報告されている<sup>11,14)</sup>。自験例に対しても、PZA を含む 4 剤併用化学療法を施行したことで、特に肺結核に対し治療効果を認め、自覚症状、炎症反応が著しく改善し、以後の全身状態の安定化につながった。しかし、PZA も他の抗結核薬と同様に種々の副作用を有し、特に尿酸値の上昇、肝機能障害に注意を要する。なかでも肝機能障害については、PZA を含まず INH, RFP を中心とした 2 または 3 剤併用の標準化学療法に比べ有意に重篤なものが多いとする報告<sup>15)</sup>もあり、厳重な監視の下に使用することが必要である。

## 結 語

肺、胸椎、右腸腰筋および右精巣上体に結核性病変を認め、治療に抵抗した若年者結核症の 1 例を経験したので最近の結核の動向と若干の文献的考察を加えて報告した。

本論文の要旨は、第165回日本泌尿器科学会関西地方会で報告した。

## 文 献

- 1) 徳留修身: 結核サーベイランスからみた若年者結核. 結核 70: 525-536, 1995
- 2) 内山寛子: 職域の健康管理からみた最近の若年者結核. 結核 70: 545-552, 1995
- 3) 大森正子: 結核罹患率減少速度鈍化の要因. 結核 68: 581-588, 1993
- 4) Jeffrey RB, Callen PW and Federle MP: Computed tomography of psoas abscesses. J Comput Assist Tomogr 4: 639-641, 1980
- 5) 青木正和 結核症. 内科学. 小俣政男, 杉本恒明編. 第 6 版, pp. 379-382, 朝倉書店, 東京, 1995
- 6) 松尾 篤, 日下部光彦, 原田 敦: 結核性腸腰筋膿瘍の 1 例. 外科 60: 727-730, 1998
- 7) 坪庭直樹, 辻畑正雄, 三宅 修, ほか: 結核性腸腰筋膿瘍の 1 例. 住友病医誌 22: 70-73, 1995
- 8) 内納正一, 高下光弘, 平川 敬, ほか: エコー下経皮的ドレナージによる腸腰筋膿瘍の治療経験. 整災外 45: 332-335, 1996
- 9) Dinc H, Onder C, Turhan AU, et al.: Percutaneous catheter drainage of tuberculous and nontuberculous psoas abscesses. Eur J Radiol 23: 130-134, 1996
- 10) Pombo F, Egana RM, Cela A, et al.: Percutaneous catheter drainage of tuberculous psoas abscess.

- Acta Radiol **34**: 366-368, 1993
- 11) 厚生省保険医療局結核感染症課監修：結核の統計  
1997年版，結核予防会出版，東京，1997
  - 12) 矢野郁也：多剤耐性結核菌感染症．日内会誌  
**86**: 86-92, 1997
  - 13) 穴戸春美，御手洗聡：結核の動向と多剤耐性の分子機構．医のあゆみ **185**: 294-298, 1998
  - 14) 尾形英雄：多剤耐性結核の予防と対応．化療の領域 **14**: 639-645, 1998
  - 15) 和田雅子：抗結核薬の副作用とその対策．日臨  
**56**: 3091-3095, 1998

(Received on March 16, 2000)  
(Accepted on May 8, 2000)